

臺中市家庭教學服務人員職業工會

會員退保確認申請書

會員編號				
會員姓名				
身份證字號		生日	年 月 日	
勞保投保金額		勞保退保日	年 月 日	
健保投保金額		健保退保日	年 月 日	
健保眷屬退保	姓名	身份證字號	生日	退保日期
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女			年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女			年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女			年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女			年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女			年 月 日	年 月 日

※ 申請退保會員，請將前期費用繳清，若未繳納積欠費用會產生滯納金

※ 請於預定退保日當日 17:00 前將申請書送達或傳真至本會，逾時則延至次一工作日辦理。

申請退保會員簽名確認：

退費指定帳戶：_____ 銀行（代碼：_____）帳號：_____

（※匯費由會員自行負擔）

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話：04-22014797

傳真：04-22017976